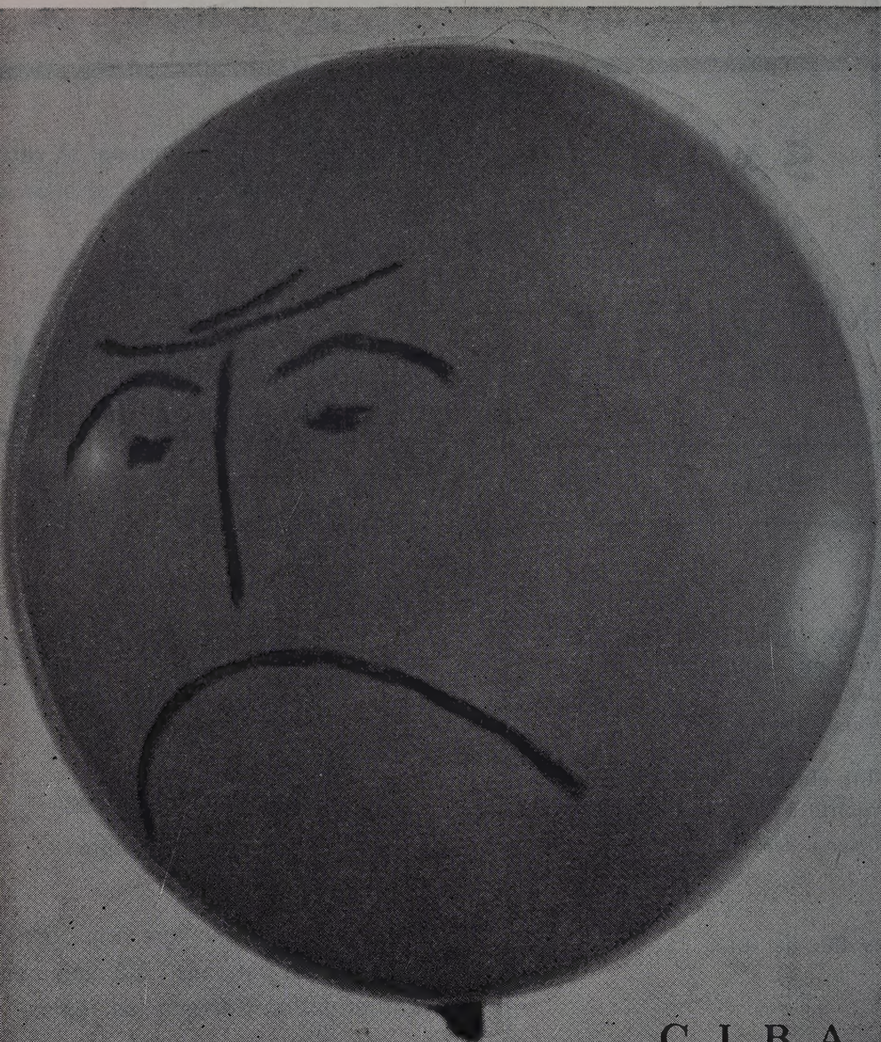
SAINT LUC MEDICAL

1968 N° 4

SOMMAIRE


CIBA

la place du dirigeant dans un monde automatisé ou l'humanisation de la décision

par le docteur J. SPAEY,

secrétaire général du Conseil National de la Politique Scientifique.

avant-dire

Comment dans notre monde automatisé humaniser les décisions ?

Ce thème paraît fort ambitieux et peut-être ambigu. Il annonce en tout cas un problème fort complexe que nous découvrons à peine.

Qu'est-ce que le monde automatisé où s'inscrivent nos décisions ?

Qu'est devenue la fonction dirigeante ou la fonction de décision ?

Enfin, en quoi et comment une décision peut-elle être plus ou moins humaine ?

Ce sont, à vrai dire, trois sujets très importants qu'il serait hasardeux de traiter en quelques minutes et sans la compétence qu'ils requièrent.

Je me bornerai donc à vous proposer sur ces trois thèmes quelques réflexions qui, je l'espère, vous apparaîtront finalement comme suffisamment réalistes et rassurantes.

I. sommes-nous dans un monde automatisé ?

Je suppose que cette expression un peu approximative exprime le sentiment d'être dans un monde déterministe, dans lequel les philosophies traditionnelles, la poésie, la vision humaniste ou théologique du monde cèdent la place aux contraintes scientifiques et techniques, symbolisées par le règne des ordinateurs.

---

(1) Conférence faite le 11-5-1968 à l'école de Santé Publique, à la séance de clôture d'un cycle de perfectionnement en sciences hospitalières.

Nous constatons en effet surtout depuis un quart de siècle une véritable **invasion des sciences et des techniques dans tous les domaines** auxquels elles paraissaient jusque là étrangères.

La pensée scientifique nous donne une **vision du monde** qui ne s'exprime plus en termes de logique verbale, mais **en termes de logique mathématique.** Dans une telle vision, les chiffres et les nombres expriment davantage des rapports de mouvement ou de structure que de quantité ou de causalité. Cette pénétration du langage et des concepts scientifiques s'étend aux problèmes humains tant biologiques que psychologiques. C'est pourquoi ceux-ci sont de plus en plus appréhendés et traités par les ordinateurs comme les ensembles physico-chimiques.

La vie quotidienne est dominée par la technicité et l'artifice est devenu une seconde nature. En ce sens tout, en effet, paraît automatisé et déshumanisé. Est-ce bien exact ?

A vrai dire, les sciences et les techniques apportent une connaissance des phénomènes et une manière de les traiter sinon plus profonde ou plus vraie, au moins plus extensive et plus active. Mais **la réalité des phénomènes a-t-elle changé pour autant ?**

Ce n'est pas parce que nous connaissons davantage le secret de ce qu'on appelait jadis les maladies de consomption (tuberculose p. ex.) ou les maladies de l'esprit (la psychose d'angoisse p. ex.) que ces processus ont changé ou que nous en ayons une conception plus ou moins humaine.

Ce n'est pas parce que nous utilisons aujourd'hui la gamme des tranquillisants au lieu des méthodes d'isolement dans les instituts spéciaux que le problème de l'aliénation mentale a cessé d'être une réalité humaine.

S'il y a eu changement, on pourrait penser qu'il apporte des bienfaits nouveaux en même temps que d'autres difficultés.

Nous dirons simplement que **la SITUATION est autre.**

Dans le domaine de la décision qui nous occupe plus particulièrement aujourd'hui, l'apport des sciences et des techniques et l'éclairage qu'elles projettent sur la réalité nous conduisent à une **double constatation.**

— **La première** est la **complexité extrême de toute situation,** qui fait que notre vision actuelle du réel n'est plus compatible avec des schémas de causalité simple chers aux philosophes traditionnels et aux juristes. Nous voyons beaucoup mieux dans la réalité vécue la part de la contrainte ou de la nécessité et celle qui est accessible à l'action, de sorte que la **fatalité** paraît **moins déterminante** qu'on ne l'avait cru et la **liberté moins grande** qu'on ne le prétendait.

— **La deuxième** constatation c'est que dans les situations complexes telles qu'elles nous apparaissent maintenant, **les divers éléments sont en interrelation** et qu'au total dans un problème donné la première démarche n'est plus de chercher à le faire entrer dans des catégories prédéterminées d'ordre logique, moral ou juridique, mais de le comprendre, c'est-à-dire de le situer et de voir dans quelle mesure la situation est soumise à des contraintes qui échappent à l'action et dans quelle mesure elle contient des variables que l'on peut influencer.

Ceci a comme **conséquence** que **les marges** d'erreurs ou plutôt **d'arbitraire** jadis très importantes et résultant de notre ignorance **se trouvent** réduites ou en tout cas **mieux identifiées.**

A la question de savoir si ce monde pénétré par la science et la technique est meilleur ou moins bon, plus ou moins humain que celui que connaissaient nos devanciers, on doit aussitôt répondre qu'il est difficile de faire le compte exact du meilleur ou du pire, et qu'en tout cas le processus de pénétration scientifique ne sera point arrêté par ce genre de considération. Le vrai problème est sans doute de nous adapter au monde tel qu'il est ou tel que nous l'avons fait pour le valoriser, c'est-à-dire pour y conserver ou pour y introduire les valeurs humaines qui sont le propre de la civilisation.

II. la fonction de décision

Et ceci nous amène tout naturellement à quelques réflexions sur la fonction de décision dans cet univers de la science et de la technique.

La décision comporte plusieurs aspects :

— l'appréciation de la situation dans laquelle va s'insérer la décision,

— la détermination de l'objectif à poursuivre,

— l'évaluation des moyens à mettre en œuvre et leur organisation,

— la prise de risque.

La décision est réputée bonne (au sens de la réussite) lorsque l'objectif est atteint avec la plus grande économie de moyens.

Le dirigeant est réputé valable lorsqu'il est capable d'évaluer les risques et d'organiser la réussite.

DECISION DU TYPE ARCHAIQUE.

La décision a toujours été considérée comme une sorte d'art ou de savoir-faire propre à certaine personnalité ayant une sorte de don. On sait depuis toujours que l'exercice de cet art repose sur une bonne information plus particulièrement sur la situation où s'insère la décision et sur les moyens à mettre en œuvre. Mais la nature même ou les mécanismes de la réussite étaient peu connus et réputés mystérieux ou mythiques. En fait, les informations susceptibles d'éclairer la décision étaient peu nombreuses et surtout imprécises.

La décision reposait donc très largement sur l'**empirisme** et sur la **référence à un certain nombre de règles morales et juridiques ou à des aphorismes** exprimant la somme des expériences du passé (p. ex. si vis pacem para bellum).

Les exemples abondent dans tous les domaines, plus particulièrement dans ceux qui touchent à l'homme individuel et social, phénomène longtemps le plus mal connu (au sens de la connaissance scientifique).

Dans la décision de type archaïque, les **responsabilités** sont de ce fait **mal définies** et cette imprécision autorise les **transferts.** L'insuccès est attribué à la malchance, aux esprits malins ou au mal personnalisé dans les autres.

Enfin, la décision est justifiée uniquement par la **poursuite d'un bien** ou même plus souvent par la **nécessité d'éviter un mal** puisque la nature est réputée être une bonne mère, d'où les processus de justification et de culpabilisation. Ceci donnait à l'exercice de la décision une coloration morale qui jointe à toutes les autres caractéristiques que nous venons d'évoquer lui valait une auréole sacrale ou mythique.

DECISION DU TYPE AUTOMATISE.

Dans l'univers pénétré par la science et la technique (le monde automatisé) dont nous parlions à l'instant, la fonction de décision change sinon de nature, au moins de dimension et d'apparence.

— Elle doit être **prise dans un monde informé** (information à la fois large, diffuse et imprécise).

— Les **phénomènes,** y compris les phénomènes humains, sont **beaucoup mieux connus,** dans leur dimension réelle, les facteurs qui les déterminent et leurs interrelations.

— Les **moyens de prévision** sont **développés** dans une mesure totalement nouvelle, grâce aux méthodes de calcul.

Tout ceci désacralise la décision mais accroît la resposabilité réelle des dirigeants, (par rapport à la sanction du succès ou de l'échec).

Leur meilleure information sur la situation et les moyens disponibles les garantit mieux de l'insuccès, mais les expose en même temps à de plus graves erreurs de jugement (dues à l'instrumentalité). Enfin, la puissance des moyens dont ils disposent pour recueillir et traiter l'information leur permet d'examiner, voire d'expérimenter au moins par simulation toutes les hypothèses et dès lors aussi de se libérer des contraintes ou des limites normatives ou morales, tout au moins en apparence (La paix indésirable de GALBRAITH). (1)

Ceci indique que plus que jamais la fonction dirigeante doit être assurée dans ce que nous pourrions appeler **une procédure de participation.**

Auparavant, on recherchait par divers moyens **le consensus** des dirigés (démocratie directe ou indirecte, institutionnelle ou non).

Ceci reste évidemment indispensable pour toutes les raisons que l'on connaît.

Mais, en outre et compte tenu de la complexité croissante des problèmes et des responsabilités qui s'attachent aux décisions, la préparation de celle-ci impose davantage qu'auparavant **la collégialité.**

---

(1) Publication d'un rapport ou d'un pseudo-rapport sur l'utilité des guerres qui aurait été demandé à un groupe d'experts par le Gouvernement des Etats-Unis. (IRON-MOUNTAIN).

Notion fort ancienne à vrai dire (La Reine dans son conseil), la collégialité est devenue véritablement une exigence fonctionnelle de la préparation des décisions, en raison même de la variété et de la complexité des éléments à prendre en considération.

Mais, il faut préciser certains points :

— **C'est la préparation des décisions qui doit être collégiale et pas nécessairement la décision elle-même,** parce que l'acte de décision comporte une prise de risque inévitable et d'intégration des différents aspects qu'il est souvent difficile et parfois impossible de partager.

— **La préparation des décisions vise à éclairer celles-ci sur tous les aspects et sur les conséquences de l'action.** Elle ne consiste **pas à l'influencer** ou plutôt à la biaiser en fonction d'un ou plusieurs aspects ou intérêts particuliers (c'est la différence entre le Roi de France et le Roi de Bourges).

En d'autres termes, **la collégialité** doit renforcer et conforter la décision et non l'affaiblir. Elle **n'exclut** donc **ni l'autorité, ni la discipline, ni l'obéissance.**

Un des problèmes actuels, celui des mouvements estudiantins de contestation qui tendent à " l'université critique " donne l'occasion d'une illustration concrète.

Il ne peut y avoir d'oppositon, au contraire, à associer les étudiants, comme d'ailleurs des milieux économiques et sociaux, à la préparation des décisions d'organisation et de gestion des universités. En effet l'université doit de plus en plus s'organiser en fonction des besoins du développement de la Nation et la politique universitaire doit évidemment rencontrer les besoins et les aspirations légitimes des étudiants.

Mais ceci n'implique pas que la gestion de l'université devienne l'apanage du soviet des professeurs, chercheurs et étudiants (con vos in voto).

En somme, la structure de participation, de concertation ou de collégialité dans la préparation des décisions peut être, moyennant des formules appropriées, un élément essentiel d'efficacité et d'humanisation des mesures finalement arrêtées.

III. humaniser les décisions

Ainsi, nous abordons notre troisième thème de réflexion : **Comment humaniser les décisions ?**

Qu'entendons-nous par là ? La question peut, en effet, paraître ambiguë. La décision humanisée est sans doute celle qui vise le mieux-être de l'homme (directement ou indirectement). Mais s'agit-il de l'homme individuel, de la société ou de l'espèce humaine ?

Question importante, car pour justifier l'idée de maintenir dans certaines limites la situation de guerre, on a pris comme objectif la survie de la société humaine en général et de la société américaine en particulier (rapport cité plus haut).

Si la société humaine ou l'espèce ne peut être opposée à l'individu dans l'ordre des objectifs de la décision humanisée, dans quelle mesure s'établit cette incompatibilité morale, car il y a des exceptions classiques reconnues par les moralistes, d'autres pas ?

Des objectifs humains peuvent-ils être atteints par des moyens qui ne le seraient pas ou qui seraient considérés comme tels (dans le domaine de la génétique par exemple) ?

Ce sont en somme les questions classiques de la morale. Elles se posent simplement avec plus d'acuité et une plus grande complexité au moment où la connaissance des phénomènes et des contraintes qu'ils impliquent ainsi que la variété des moyens disponibles pour l'action et leur précision sont notablement développés.

Et ceci pose aussi une question nouvelle. Cette disposition ou cette utilisation des moyens de connaissance et d'inventaire des moyens d'agir ne pose-t-elle pas aussi un problème d'ordre moral ou humain ?

Est-il légitime de faire une étude sur le point de savoir s'il faut ou non établir la paix ? Ou comment réaliser un génocide sans choquer l'opinion publique ?

Et qu'on n'invoque pas l'absurdité ou la monstruosité d'un tel dessein pour en écarter l'éventualité. Les exemples historiques les plus récents du nazisme restent inquiétants non seulement parce qu'ils montrent la possibilité des plus graves aberrations, mais parce que la technicité disponible aujourd'hui permettrait certainement d'assurer mieux leur réussite.

Ceci nous amène à quelques considérations qui nous permettraient peut-être de mieux préciser le problème de la morale ou de l'humanisation des décisions, tel qu'il se pose aujourd'hui.

1. **Le monde automatisé de la science et de la technique est, sinon inhumain, au moins humainement dangereux, parce qu'il a développé au-delà de toutes limites la puissance de l'homme.**

Cette puissance peut s'exercer dans le sens du mieux-être de tous et de chacun et servir les valeurs humaines les plus hautes.

Elle peut aussi servir les passions ou les aberrations individuel- et collectives. Ceci veut dire non pas que **la morale** est dépassée par la technique, mais au contraire qu'elle est plus importante que jamais et qu'elle **est en fait UNE CONDITION MAJEURE DE LA SURVIE DE L'HOMME,** qui risque sans cela d'être asservi ou détruit par ses propres techniques.

2. **Il ne serait ni sage ni efficace de limiter le développement ou l'usage des moyens scientifiques et techniques** ni d'essayer de les exorciser parce qu'ils soulèvent à leur tour des problèmes d'ordre éthique. Cela n'a pas réussi dans le passé (voir la condamnation de GALILEE et du modernisme). Cela réussirait moins encore aujourd'hui et demain.

3. **En réalité, la morale** telle que nous la connaissons encore aujourd'hui se rapportait à un certain nombre de situations réputées bien connues dans des sociétés stables. **Sa formulation et sa dimension ne sont apparemment plus adaptées** (en réalité adéquates) aux situations telles qu'elles nous apparaissent actuellement.

adapter la morale

Je voudrais en terminant consacrer quelques réflexions à ce problème de l'adaptation de la morale.

Reprenons l'exemple cité déjà. Il reste vrai que la paix universelle et institutionnalisée est meilleure que l'état de guerre plus ou moins limité ou organisé. Mais ce raisonnement est un peu court.

S'il était dûment rétabli que l'état de guerre remplit certaines fonctions économiques, sociales, politiques et écologiques, l'état de paix devrait relayer ces fonctions d'une façon satisfaisante, sous peine de créer d'autres maux que ceux que l'on veut éviter.

Ceci veut dire qu'**une morale réaliste exige autre chose que l'affirmation ou la poursuite de principes aussi bons soient-ils** ou une sorte de démission ou d'abstention devant les problèmes complexes. Il faut non seulement **de bonnes intentions mais aussi beaucoup d'imagination et d'efforts** pour créer les conditions qui permettent de moraliser les situations, car par elles-mêmes celles-ci ne sont guère morales.

On peut aisément transposer ceci dans d'autres domaines : génétique p. ex. ou sous-développement.

En d'autres termes encore **la morale est un effort constructif indéfiniment à faire et à refaire et pas seulement une sorte de prescrit de la nature humaine.**

Ceci rejoint, d'ailleurs, les opinions classiques des moralistes auxquelles on ne réfléchit plus assez : par exemple la théorie du moindre mal ou de la propension de la nature humaine au mal.

Pour concrétiser encore autrement cette idée, on pourrait souligner que la morale était relativement plus simple lorsque la guerre et la peste étaient réputées fléaux naturels ; il restait à humaniser la guerre par la trève de Dieu et à donner aux défunts une sépulture chrétienne. Prévenir la peste ou la malaria en Inde est évidemment souhaitable, mais encore faut-il veiller à ce que la population survivante soit en mesure de produire pour se nourrir. Ceci est plus difficile que cela.

Bref, **la morale de demain doit être volontariste et créer positivement les conditions du bien plutôt que d'apparaître comme un code d'interdits.** C'est une morale en réalité beaucoup plus complexe et plus exigente.

conclusions

Humaniser les décisions c'est faire en sorte que les conditions soient remplies qui rendent les problèmes humainement solubles.

Mais pour dégager des solutions humaines, il faut analyser très soigneusement (disons plutôt scientifiquement) les situations ou les problèmes, les soumettre aux prévisions les plus rigoureuses et examiner toutes les solutions possibles pour les confronter à la fois avec les moyens mobilisables et les objectifs moralement souhaitables.

A la limite et pour un temps, on peut être amené à devoir " organise le moindre mal " et ceci n'est d'ailleurs nullement nouveau (trève d Dieu).

La morale est donc finalement engagée dans l'action, avec tout c que cela comporte d'aléas, d'approximations et d'équivoques.

La vérité c'est que la condition humaine est une condition tragique dominée par l'ambiguïté. C'est pourquoi **la première vertu est cell de l'espérance** qui dépasse en quelque sorte le temps et l'espac où il nous est donné de vivre et d'agir.

L'espérance n'exclut ni la lucidité ni le sens des limites.

J. SPAEY

A MÉDITER

La morale de demain doit être volontariste et créer positivement les conditions du bien plutôt que d'apparaître comme un code d'interdits.

le dur cheminement de la mutualité à la sécurité sociale

par Monsieur Jean HALLET,
Secrétaire Général de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (1).

vant-propos

Mon désir étant celui d'une **collaboration** bien précisée, c'est toujours très volontiers que je réponds aux invitations qui me viennent de médecins ou d'étudiants en médecine.

Mon exposé comportera trois parties :

1° Comment en est-on arrivé à la législation actuelle en matière d'assurance maladie-invalidité ? Je crois qu'il y a en effet un certain matériel d'information dont il est nécessaire de disposer pour pouvoir saisir correctement le problème.

2° Comment je vois personnellement la question à l'heure actuelle.

3° Les voies de solution que je propose.

un peu d'histoire

Dès l'abord je vous demande un gros effort d'attention car cette première partie constitue une information de données techniques, légales et conventionnelles dont la connaissance me paraît nécessaire.

Au cours de ces dernières années, on a beaucoup parlé de la loi Leburton, qui date de 1963.

(1) Texte rédigé d'après l'enregistrement, sur ruban magnétique, de la causerie d'information faite au Cercle Saint-Luc des Etudiants en médecine de Louvain. Voir Editorial du précédent numéro de Saint-Luc Médical.

Comment en est-on arrivé à cette loi et que renferme-t-elle d'important au point de vue des soins de santé ?

1. **Naissance des mutualités.**

Voici cent ans environ, dans les classes laborieuses surtout, parmi les ouvriers à revenus modestes, on a éprouvé le besoin de constituer des **caisses communes.** Les ouvriers et les petits salariés prélevaient sur leur salaire une cotisation qu'ils versaient dans une caisse commune (dans certains cas il s'agissait d'une grande boîte à cigares) ; lorsqu'un des cotisants se trouvait frappé par la maladie, la caisse servait à dépanner la famille du malade.

Voilà, réduite à sa plus simple expression, ce qu'a été la mutualité au départ de l'assurance-maladie : des hommes qui librement mettaient en commun des fonds pour aider celui d'entre eux que la maladie frapperait.

Cela s'est ensuite développé et structuré de manière à constituer tout un **réseau** ; les sociétés locales se sont regroupées sur le plan régional de façon à centraliser certains risques, à répartir sur une plus grande masse de population la couverture de certaines dépenses qu'il était trop hasardeux statistiquement de couvrir sur le plan local. Cette idée a été poursuivie jusqu'au regroupement des caisses régionales en un certain nombre d'unions nationales.

2. **Intervention des pouvoirs publics.**

L'idée de base de ces regroupements était celle d'une réassurance ou d'une solidarité plus largement étalée. Ce regroupement s'est opéré librement, mais sous la **surveillance des pouvoirs publics** qui, depuis plus de cinquante ans, aident le développement de cette solidarité par des **subsides :** pour chaque franc versé par les cotisants, l'Etat ajoutait trente centimes de subside ; cela constituait un encouragement à la prévoyance personnelle et à la solidarité. Ainsi se réalisa un réseau d'assurances, déjà assez vaste avant guerre.

3. **La Sécurité Sociale.**

Pendant les hostilités se développa la notion de **sécurité sociale.**

A la notion d'une assurance libre et volontaire, à gestion démocratique, avec une structure hiérarchisée locale, régionale et nationale, s'est substituée la notion de sécurité sociale, plus ambitieuse et aussi plus contraignante. A l'assurance libre s'est substitué un régime de sécurité sociale **obligatoire.** Dès 1944 tous les travailleurs

durent s'assurer contre les risques de maladie et d'invalidité. Voici comment cela se réalisa : un certain pourcentage était retenu sur les salaires, 1 ou 2 % à charge des travailleurs, 2 ou 3 % à charge des employeurs. Le paiement des cotisations était constaté par un bon que les intéressés remettent à la mutuelle qu'ils ont librement choisie ; cela leur donnait droit au paiement d'une série d'interventions.

La généralisation de l'assurance-maladie obligatoire s'est faite dans une belle **euphorie.** Les rapports de l'époque, notamment celui au Roi introduisant la loi de sécurité sociale, soulignaient que cela coûterait cher, mais aussi que les gens ayant l'occasion de se faire soigner se feraient soigner et qu'ainsi le niveau sanitaire de la population allait s'améliorer dans les quelques années à venir et que par conséquent le coût de cette assurance diminuerait progressivement.

Ces prévisions optimistes ont hélas été radicalement **démenties.**

Très vite elles se sont heurtées à deux difficultés :

1° le **déficit financier permanent du système :** les cotisations réunies et les subsides étatiques prévus se sont révélés d'année en année insuffisants ; de 1944 à 1963, il y eut au moins une demi-douzaine de tentatives de réforme de l'assurance-maladie ;

2° la **difficulté d'établir un rapport précis entre le coût réel des soins pour les assurés,** ce qu'ils doivent effectivement payer à leur médecin, à l'hôpital ou au pharmacien, **et ce que l'assurance-maladie remboursera.**

Un des critères de l'efficacité de cette assurance, c'est de savoir si les familles frappées par la maladie ne se trouvent pas dans le besoin à cause de l'insuffisance de cette assurance. Dans la mesure où les familles doivent encore elles-mêmes supporter une large partie du coût des soins, il est évident que l'assurance maladie-invalidité est d'une **efficacité très limitée.**

4. **La nécessaire entente avec le corps médical.**

La situation de fait décrite plus haut a montré la **nécessité d'établir des relations de bonne entente avec le corps médical.** Dans tout ce qui représente les soins, c'est lui en effet qui ordonne les dépenses ; ce sont les médecins qui décident des actes techniques médicaux à effectuer, qui décident de l'hospitalisation éventuelle, qui décident des médicaments à utiliser.

Ce sont dès lors les médecins qui détiennent une grande part des **responsabilités financières.** Cela n'apparaît peut-être pas directement car c'est l'Etat qui établit le budget et met des fonds à la disposition de la Sécurité sociale ; mais pour ce qui est de toutes les décisions individuelles et finalement de toute la masse des dépenses, on peut retourner le problème comme on veut, à la base de toute dépense figure chaque fois la signature d'un médecin.

5. Premières tentatives du corps médical.

Le corps médical n'est pas resté indifférent à cette situation et il y eut plusieurs tentatives de recherche d'une solution. Une des dernières en date fut le Service National des Médecins, proposé par l'Association Générale des Médecins Belges. Elle se situe vers les années 1960-1961. A cette époque les médecins ont dit grosso modo ceci : " Nous savons que se pose la question du rapport entre le coût réel des soins et les interventions de l'assurance-maladie ; nous voulons mettre nous-mêmes librement, spontanément, sur pied une organisation telle que les citoyens à revenus limités soient assurés de bénéficier des soins à des tarifs que nous établirons et qui sont tels qu'ils seront très largement couverts par les remboursements de l'assurance. "

Cette tentative a fait long feu : il y eut à ce moment de graves problèmes internes au corps médical et d'autre part l'initiative ne reçut pas un accueil favorable de la part des milieux politiques ou des milieux sociaux. Ces milieux ont sans doute trouvé cette idée généreuse mais ont demandé de la réaliser ensemble : " ne décidez pas seuls de ce que vous, médecins, considérez comme des tarifs raisonnables, ne décidez pas seuls des catégories de citoyens qui pourront bénéficier de votre service, faisons cela ensemble ".

On ne parvint pas à s'entendre. Aux mésaventures des ministres TROCLET et VAN ACKER succéda une dernière tentative de réforme, assez importante, en 1959, de la part du ministre SERVAIS. Mais celle-ci suscita de fortes oppositions, non pas tellement de la part du corps médical, mais des socialistes qui étaient à ce moment dans l'opposition. Elles donnèrent lieu à une grève générale dans certains bassins industriels importants, parce que les milieux socialistes prétendaient qu'on mettait sur pied un système d'assurance-maladie défavorable en particulier aux bassins industriels wallons !

6. Essais d'entente.

Pour pouvoir en sortir, on décide de créer un groupe de travail avec des représentants des 3 grands partis nationaux ; des experts se réunissent pendant deux ans et mettent au point un rapport très circonstancié et fort bien fait ; entretemps le gouvernement

LEFEVRE-SPAAK est constitué et le ministre LEBURTON prend en charge le problème. En même temps qu'il essaie de couler dans un texte législatif les suggestions formulées par le groupe de travail tripartite, le ministre LEBURTON négocie avec le corps médical les aspects de la législation qui concernent plus spécialement celui-ci.

Effectivement les négociations sont poussées assez loin dans le cours de l'année 1963, un protocole est même signé par les représentants médicaux de l'époque et le ministre, au point que ce dernier pouvait estimer, de bonne foi semble-t-il, que son projet de loi rencontrait l'adhésion de ceux qui se présentaient comme porte-parole du corps médical. Peu de temps après la signature de ce protocole, il apparut que les signataires étaient très largement désavoués par le corps médical. Celui-ci contesta les vieilles associations médicales et, de cette contestation, naquirent à peu près simultanément de nouvelles formes d'organisation, les **chambres syndicales des médecins,** dans la région liégeoise et luxembourgeoise d'une part, dans la région brabançonne d'autre part, deux groupes moteurs dont les conceptions devaient par la suite se montrer assez peu conciliables.

Il paraît loyal de reconnaître que le ministre LEBURTON eut, pendant un certain temps tout au moins, de bonnes raisons de croire que son projet de loi avait reçu une large adhésion tant de l'ensemble des partis nationaux que du corps médical et des mutualités. Les négociations avaient été fort pénibles mais aboutirent finalement à un compromis qui semblait donner satisfaction. Et ce fut la loi LEBURTON.

7. **La loi LEBURTON.**

Permettez à un " mutualiste " d'essayer de vous résumer brièvement ce qu'il y a d'important dans cette loi d'août 1963 en ce qui concerne le corps médical.

— Cette loi prévoit que **les interventions de l'assurance se feront à l'acte.** Ceci est très important car constituant une originalité particulière à notre pays. Le médecin effectue une prestation pour laquelle il réclame des honoraires qui sont ceux de la convention, honoraires imposés ou honoraires qu'il a librement fixés ; l'assurance (la mutuelle) rembourse chacun des actes pris individuellement.

  J'ai dit que cette formule doit être assez originale. Me trouvant tout dernièrement en Israël, je visitais le grand hôpital de Tel-Aviv ; j'eus l'occasion d'y rencontrer diverses personnalités dont un médecin qui avait pratiqué la médecine en Belgique jusqu'en 1963. J'étais là pour poser des questions mais, avant même que je puisse parler, ce médecin décrivit pendant 20 minutes à l'intention de ses collègues d'Israël notre

système qu'il estimait très amusant et très drôle. Et de conclure : " voilà ce qui se passe avec ce système de remboursement à l'acte, voilà tous les " trucs " utilisés pour qu'il y ait beaucoup d'argent qui coule... ".

Une autre fois, je recevais un Canadien venu enquêter chez nous pour compte de son gouvernement ; à un moment donné, il m'interrogea pour savoir comment nous remboursions les frais d'analyses de laboratoire et d'examens radiologiques pratiqués en clinique. Je lui répondis : " nous faisons cela à l'acte ". Il trouva cette réponse suffisamment drôle que pour en éclater de rire : " Comme actuaire d'un pays à intiative libre, je trouve cette façon de procéder vraiment comique. Vous organisez ainsi systématiquement la multiplication des dépenses ! "

Ce qui nous paraît peut-être tout à fait normal paraît franchement loufoque à pas mal d'étrangers.

— Comment sont prévus les remboursements à l'acte ? Selon une nomenclature. Qu'est-ce donc que cette **nomenclature ?** C'est un gros cahier contenant des chiffres flanqués d'une lettre-clé. Ces chiffres indiquent d'une part le numéro de la prestation, d'autre part sa valeur relative. On dira d'une prestation qu'elle vaut 20 K, 100 K ou 200 K ; les actes sont classés selon un répertoire et valorisés selon une échelle qui établit une **valeur relative** entre les diverses prestations, selon leur importance. Il y a un barême pour les consultations, pour les visites, pour les interventions chirurgicales, pour les analyses, en bref pour tout acte médical.

— La nomenclature à elle seule ne donne pas encore la valeur en francs. A côté de la valeur relative figure une **lettre-clé.** La valeur de celle-ci est établie par voie d'accord. Elle fait l'objet de négociations entre mutuelles et médecins.

La valeur relative des divers actes médicaux est de la compétence exclusivement médicale ; elle est établie par le conseil technique médical où siègent 12 représentants des médecins praticiens et 6 médecins représentant les mutuelles. Ces 18 médecins établissent la valeur relative des actes.

Par contre, la valeur de la lettre-clé qui conditionne la traduction en francs de ce tarif est établie par la convention entre les mutuelles et les médecins. Cela se négocie pour chaque année ou parfois pour une période plus longue. Le dernier accord vaut pour une période triennale, avec une adaptation annuelle au coût de la vie, indiqué par l'index des prix. Cette convention est établie par une négociation paritaire (10 médecins, 10 mutuellistes) qui essaie de fixer la valeur de la lettre-clé. En l'absence d'accord, le ministre de la Prévoyance sociale tente une conciliation; si celle-ci s'avère impossible, le ministre peut, d'après la loi, imposer cette valeur.

— La quatrième et dernière particularité de cette législation est la **possibilité d'accords forfaitaires.** De quoi s'agit-il ? De la possibilité pour un établissement de soins, avec l'assentiment des médecins qui y pratiquent, de conclure un assord global avec l'ensemble des mutualités. On y dira par exemple : pendant l'année de 1968, tel établissement de soins recevra X millions pour donner aux assurés sociaux les soins suivants dans les disciplines que voici...

Il s'agit donc d'un accord aux termes desquels l'assurance-maladie assure tel ou tel établissement d'un revenu déterminé en contre-partie duquel cet établissement s'engage à mettre un certain nombre de médecins et de services à la disposition des assurés sociaux.

Tel est ce qu'on appelle l'accord forfaitaire, à distinguer de la rémunération forfaitaire des médecins. Dans le cas d'un accord forfaitaire, les médecins sont évidemment rémunérés forfaitairement : au lieu d'être payés à l'acte, ils sont payés sous forme d'un traitement. Il est assez paradoxal d'entendre attaquer très fortement cette forme de rémunération des médecins. Que je sache, la médecine pratiquée dans les formations universitaires est de la bonne médecine ; or, si je suis bien informé, les médecins des hôpitaux facultaires sont rémunérés forfaitairement depuis toujours !

Voilà donc en résumé cette fameuse loi de 1963 qui suscita un gros conflit avec le corps médical en 1964.

8. **Le pourquoi d'un conflit.**

Sur quoi portait ce conflit ? Sur un point particulièrement important : celui de la **discrimination.** La loi disait ceci : il y a deux types de médecine, la **médecine conventionnée** et la **médecine libre.** La loi prévoyait des remboursements de l'assurance-maladie plus importants pour les médecins conventionnés que pour les non-conventionnés.

Ce système de discrimination s'inspirait du système français où existe une très grosse différence dans les remboursements selon que les médecins sont conventionnés ou non.

Pourquoi cette discrimination? Pour stimuler la convention, pour faire en sorte qu'un nombre important de médecins soient tentés de signer la convention. Ils se diront en effet que, le remboursement étant plus important dans le cas d'un médecin conventionné, un nombre plus important de malades seront tentés d'avoir plutôt recours à lui.

Les médecins qui accepteraient ainsi de limiter leurs honoraires trouveraient la compensation dans la garantie d'un certain volume de clientèle. Voilà, résumé peut-être trop brutalement, l'essentiel de la question.

Contre cette discrimination, les médecins ont développé l'argumentation suivante : c'est exercer une pression financière inadmissible sur le libre choix du médecin par les malades. Il est important que les malades puissent choisir librement leur médecin et il ne saurait être question d'exercer sur eux une pression sous la forme d'un remboursement plus élevé.

Cette contestation aboutit au compromis suivant, connu sous le nom d'**accord de la Saint-Jean :** on abandonne cette discrimination " première mouture " pour lui substituer un autre type de discrimination. Les remboursements seront les mêmes, que les médecins soient libres ou non, mais il pourra y avoir une **différence entre les régions,** selon que celles-ci seront engagées ou non. Il pourra exister des différences tarifaires selon les régions en fonction de l'existence ou non d'une convention régionale. C'est sous ce régime que nous vivons actuellement. Les tarifs diffèrent d'après les régions : les régions dites engagées bénéficient d'un tarif légèrement plus avantageux que les régions non engagées.

Le motif fondamental de cette différence est le suivant : dans la mesure où l'on a des assurances quant à la couverture réelle du coût des soins, on peut consentir plus aisément des sacrifices financiers plus importants. Il ne sert à rien de prévoir des remboursements plus importants si les honoraires restent libres ; dans ce cas les remboursements ne font plus que courir après les honoraires et cela devient une chaîne sans fin.

> Tel est le système d'engagement dans le compromis de la Saint-Jean. On y a remplacé le mot convention par le mot engagement ; jusqu'à présent aucun juriste n'a été capable de m'expliquer clairement la différence entre système de convention et système d'engagement. Cela paraît être un avantage purement psychologique, convention étant le terme utilisé dans la loi LEBURTON, engagement étant celui prévu dans l'accord de la Saint-Jean. En fait, pour moi, cela signifie la même chose.

Quelles étaient les causes de ce conflit médical ? Je crois que fondamentalement il n'y a pas eu de dialogue réel, de négociations authentiques entre les responsables sociaux et le corps médical. Il y eut des conventions avec des groupes limités, avec certains dirigeants ; il n'y eut pas, au cours des années d'incubation de cette législation, les contacts voulus. De sorte qu'en 1964 il y eut, je crois, de très larges malentendus. J'ai passé personnellement des heures

interminables, des soirées entières en discussions, en tentatives d'interprétation des textes ; il faut bien se rendre compte qu'au fil des mois on en est arrivé à donner aux textes une portée qu'ils n'avaient pas ! Outre cette **absence de communication réelle** entre le corps médical et les responsables politiques et sociaux, outre **beaucoup de malentendus,** il y eut aussi, il faut bien le reconnaître, certains **affrontements d'intérêts.**

I. la confrontation actuelle

Après cette première partie informative, avec la description de la situation actuelle de la législation, je voudrais vous dire comment je vois le problème tel qu'il m'apparaît aujourd'hui. Je ne suis pas tellement optimiste quant à l'évolution du système.

1. **L'inéluctable socialisation.**

Quel est en réalité le problème auquel nous sommes maintenant affrontés ? Qu'il me soit permis de tenter de réfléchir quelque peu à ce que nous avons essayé de réaliser.

Ce qu'on essaie de faire, c'est une socialisation, **un financement socialisé des soins de santé.** Cette socialisation est-elle inéluctable, est-elle une bonne chose ? Je crois qu'il ne faut pas trop s'étendre sur ce problème qui me paraît **inéluctable** pour deux motifs :

— 1. **pour des exigences de justice ;** je crois que ce n'est que par la socialisation du financement des soins qu'il est possible de mettre ceux-ci, notamment les plus coûteux, à la disposition de TOUTE la population ; c'est le seul biais par lequel on puisse mettre les hommes sur un pied d'égalité relative face à la maladie. En dehors d'un système d'assurances sociales, on ne voit pas comment il serait possible de mettre les soins les plus coûteux à la disposition de la population.

Il est d'ailleurs extrêmement caractéristique qu'on y vienne dans le monde entier, les U. S. A. y compris. Aux U. S. A., pays libéral par excellence, la conception même de la vie politique et économique exprime que chacun doit prendre ses responsabilités individuelles ; l'on y constate, en ce qui concerne les dépenses de santé, une socialisation de plus en plus large pour ce qui est des personnes actives, un système organisé surtout par les entreprises ou un système de mutualités en relation avec les hôpitaux (ceux qui ont été aux U. S. A. ont entendu parler de la " blue cross ") ; à côté des assurances-maladie organisées par les entreprises, il existe même un système obligatoire (!) pour les vieux.

— 2. **pour des impératifs techniques** ; je pense qu'actuellement une série d'investissements doivent être faits, des dépenses doivent être engagées auxquelles il n'est pas possible de faire face sans avoir recours aux finances publiques.

Cette **socialisation du financement des soins** (je n'ai pas dit : socialisation des soins, car ce n'est pas la même chose) me paraît donc inéluctable.

2. **Spécialisation et fractionnement de la médecine ?**

Envisageons à présent ce qui se passe simultanément dans la médecine. Je ne suis guère compétent pour dresser une synthèse en la matière, je l'aborde surtout sous l'angle de mes propres préoccupations de dirigeant mutualiste.

Au cours des dernières décennies, nous constatons une **multiplication des spécialisations** et au sein de ces spécialisations une **augmentation considérable des actes techniques** proposés.

> L'exemple le plus frappant est sans doute celui du développement pris par les analyses de laboratoire. Entendez-moi bien, je ne regrette pas la chose, je m'en réjouis car c'est la rançon inévitable du progrès.

Le même phénomène se constate dans toutes les professions : le progrès de la technique, des recherches, le perfectionnement entraîne des spécialisations de plus en plus poussées, mais en même temps, ce qui devient plus grave, un **fractionnement.** J'estime ne pas avoir besoin de m'étendre plus longuement sur cet aspect de l'évolution de la médecine, sur cette subdivision de plus en plus marquée. Je voudrais mentionner un autre problème qui se pose de plus en plus : celui de la médecine omnipraticienne.

3. **Le problème des omnipraticiens.**

Statistiquement l'on constate que le nombre d'omnipraticiens stagne ou diminue, tandis que le nombre de spécialistes augmente. La cote d'alerte est déjà atteinte dans les grands centres urbains. A Bruxelles, par exemple, il devient extrêmement difficile de trouver un médecin de famille. Certains esprits éclairés qui observent l'évolution de la médecine estiment que la spécialisation de la médecine (avec son fractionnement bien sûr) est une condition de son progrès ; elle favorise une précision de plus en plus grande dans la mise au point des diagnostics et des thérapeutiques. On doit cependant constater que **la synthèse risque d'être de plus en plus négligée.**

En même temps, au point de vue qui est le nôtre, nous constatons que cette spécialisation et ce fractionnement entraînent **une multiplication considérable d'actes techniques qu'il nous faut trouver à financer.** D'année en année, par exemple, le nombre d'analyses à financer a été multiplié par plus de quatre fois, ce qui est un coëfficient d'expansion très impressionnant. On constate en même temps que le corps médical revendique une tarification de ses soins sur une base de pratique individualiste de ceux-ci.

> Reprenons l'exemple caractéristique du laboratoire. On peut pratiquer les analyses de deux façons différentes : avec le matériel personnel relativement élémentaire du médecin travaillant seul, ou avec un laboratoire extrêmement perfectionné et automatisé ; le prix de revient de chaque examen pourra dans cette seconde hypothèse être ramené de 10 ou de 20 à 1. Dès lors comment va s'opérer la tarification : selon les normes réduites du laboratoire extrêmement bien équipé ou selon celles du médecin individuel qui pratique avec les moyens du bord ? Cela peut avoir des conséquences qui se chiffrent par des centaines de millions !

Le problème de l'omnipraticien c'est celui de son statut par rapport à celui des spécialistes ; cela dépend de la façon dont ceux-ci le reconnaissent ou le méconnaissent, de la façon dont il lui est encore possible d'exercer un travail correct en raison des progrès continuels de la médecine au courant desquels, débordé de besogne, il lui est difficile de se maintenir. Or on demande à l'assurance-maladie de résoudre ce problème alors qu'elle est impuissante à le faire. Honorer les omnipraticiens beaucoup plus pour qu'il y en ait beaucoup plus, je ne crois vraiment pas que ce soit là la vraie solution. Il faut veiller sans doute à ce que les revenus des omnipraticiens soient dans une proportion normale et juste par rapport à ceux des spécialistes. Mais le problème est plus fondamental que cela : il s'agit pour les médecins de définir eux-mêmes la place exacte de la médecine omnipraticienne dans l'ensemble de l'exercice de la médecine ; c'est un problème de relations déontologiques, de relations professionnelles entre les médecins des institutions de soins et les médecins généralistes.

4. **Le vrai problème : l'organisation des soins.**

En fait c'est le problème de l'organisation des soins qui est ainsi posé. On nous demande de financer correctement une organisation **anarchique** des soins. (L'adjectif est un peu fort peut-être mais il reflète assez bien ma pensée.)

Précisons quelque peu : est-ce normal qu'il nous faille payer pour une même fracture le prix de plusieurs séries de clichés radiographiques prises par des médecins différents parce que l'assuré n'a pas confiance dans le médecin qui le soigne et passe de l'un à l'autre.

Certains malades courent d'un spécialiste à l'autre sans que ceux-ci se soient mis mutuellement au courant de ce que leurs collègues ont fait. Disons aussi que dans beaucoup de cas, c'est le malade qui n'est pas assez adulte et n'a pas assez de courage pour dire au médecin qu'il consulte : " je vous signale que j'ai déjà vu tel et tel de vos confrères, qui ont déjà pratiqué tels et tels examens ". Et l'on recommence les mêmes examens. Nos dossiers mutuellistes sont bourrés d'exemples navrants de gaspillages dûs à cette situation anarchique.

Il doit y avoir moyen de résoudre ce problème, de donner à l'omnipraticien un statut qui le " sécurise ", qui lui donne sa vraie place dans l'évolution globale de la médecine.

Avec l'argent dont nous disposons globalement, la chose **doit** être possible, mais cet argent me paraît mal utilisé, nos tarifs ne sont pas rationnels, notre façon de financer n'est pas rationnelle, et les demandes qui nous sont faites par le corps médical ne sont souvent pas rationnelles non plus !

5. **Difficulté du dialogue.**

A la base de tout cela il y a, me semble-t-il, une très grosse difficulté de dialogue entre les médecins et les responsables non-médecins.

— Connaissant mieux ces derniers, je dirai tout d'abord ce que j'ai pu observer chez certains hommes sociaux et chez certains hommes politiques : **une tentation de simplifier trop** le problème. Et de ce fait, le politicien ou le syndicaliste un peu démagogue dira trop facilement que toutes ces questions médicales c'est une question de gros sous, de fraude fiscale ; trop facilement aussi il entretiendra certaines illusions dans le public, il lui fera croire qu'il serait facile d'organiser des soins absolument gratuits. C'est un slogan fort tentant en période électorale. Or cette simplification outrancière des problèmes, cette démagogie irrite, et je le comprends, le corps médical.

— Pourtant, après quelques années d'expériences, de négociations et de tentatives de dialogue, chez les médecins aussi il me semble avoir rencontré certaines difficultés. Une de celles-ci tient à la profession elle-même et rend très difficiles les négociations. Par le fait de sa profession, **le médecin n'a pas l'habitude du compromis ;** il se trouve en présence de l'homme nu et, après l'avoir examiné, il lui dit : " Vous avez telle maladie et je vous prescris ceci. " De même il donne ses ordres à ses assistants et aux infirmiers. Le médecin est par nature un homme qui ne discute pas, et c'est heureux. De quel oeil verriez-vous un chirur-

gien qui, au moment d'opérer, organise un caucus ou commence un dialogue ; c'est le moment d'opérer efficacement et de prendre ses responsabilités. Je crois donc que cette inaptitude de dialoguer, **cette difficulté caractérielle de négocier est due au sens de la responsabilité médicale.** C'est l'envers de la médaille : l'exercice habituel de la responsabilité parfois immédiate, souvent grave et même capitale, entraîne en contre-partie une difficulté intrinsèque pour la négociation et le compromis.

— J'ajoute que **les médecins ont peu de temps** à consacrer aux discussions avec des interlocuteurs plus ou moins valables et notamment avec ceux qui assument une responsabilité vis-à-vis de la collectivité ; ils n'ont guère le temps d'éplucher de gros textes de loi extrêmement compliqués, avec des renvois d'article en article ; ils n'ont guère le temps de compulser des statistiques ardues ; finalement ils n'ont guère le temps de partager nos problèmes, nos préoccupations de réaliser un financement socialisé correct de l'ensemble des faits.

Ce manque de temps les rend vulnérables à toutes les " âneries " qui peuvent leur être servies. Pour ma part, je suis profondément affligé devant certaines choses qu'en toute bonne foi les médecins ont crues. Lorsqu'on analyse calmement les textes, lorsqu'on voit les faits tels qu'ils se présentent réellement, on reste abasourdi devant certaine littérature que vous aurez pu lire comme moi ! Je veux bien comprendre qu'il soit possible de la rédiger, si ceux qui l'écrivent sont de mauvaise foi ou veulent pratiquer une propagande bien déterminée, mais je comprends moins qu'une telle littérature soit acceptée comme telle par des personnes qui ont fait de longues années d'études.

Est-ce parce que ces personnes sont elles-mêmes de mauvaise foi ? Non ! c'est parce qu'elles n'ont pas le temps d'éplucher tous ces textes.

Je crois enfin qu'il y a encore deux autres motifs qui rendent si difficile le dialogue avec les médecins.

— Tout d'abord ceci : la profession médicale est en crise par **un manque de mise au point.** L'organisation des soins, la façon de concevoir le réseau des cliniques, les relations entre les diverses disciplines dans les cliniques, la hiérarchie des institutions de soins, la place exacte des diverses spécialités, les relations entre les spécialités et la médecine omnipraticienne, autant de problèmes non résolus. La technique a évolué beaucoup plus rapidement que l'organisation des soins.

On en reste avec la perspective de la pratique libérale de la médecine telle qu'elle existait il y a cinquante ans ; en toute bonne foi, le vrai médecin, le médecin tel qu'on le porte encore

dans le subconscient, c'est **celui qui assume seul sa responsabilité vis-à-vis de SON malade.** C'est la conception un peu idéalisée du médecin de famille ou du médecin de campagne : la pratique libérale, la pratique individuelle de la médecine. En réalité cependant, par le progrès et par l'évolution de la médecine elle-même, il se pose un problème d'organisation rationnelle des soins, et ce problème n'est pas résolu, et sa non-solution est la cause d'une sorte d'**insécurité** dans le corps médical. Une fois encore j'userai de termes peut-être un peu durs, et j'en demande pardon à ceux d'entre vous que je pourrais heurter, mais je crois qu'il y a dans le corps médical un certain degré de " poujadisme " qui provient d'une insécurité inconsciente ; le médecin ressent que sa profession est en crise et s'imagine qu'il se heurte à des ennemis extérieurs.

— Le second motif est celui, bien humain, de prendre sa part au **désir de bien vivre.** Il y a un progrès général du standing de vie et les médecins aussi ont des aspirations pécuniaires. J'en ai trouvé qui étaient légitimes, mais aussi, dans un certain nombre de cas, d'autres plutôt illégitimes.

Il serait extrêmement grave, je crois, de publier les statistiques des revenus de certains médecins. Je me permets ici un peu de démagogie: cela amènerait une révolte de la part notamment des meilleurs médecins, et notamment de ceux qui travaillent dans les facultés universitaires. La situation que j'occupe me permet de comparer les revenus de certains spécialistes universitaires et ceux encaissés scandaleusement par certains exploitants de laboratoire ou d'installations de physiothérapie. J'en reste parfois écoeuré et ne comprends pas comment cette situation n'a pas encore été dénoncée depuis longtemps dans le corps médical lui-même. Une fois encore je m'excuse de cette petite minute de démagogie. Mais je tenais à dire le contexte dans lequel on évolue et ses raisons apparentes.

Tout cela sans doute est d'ordre subjectif et psychologique, mais à mon point de vue représente les obstacles réels auxquels nous nous heurtons entre gens de bonne foi pour faire avancer les problèmes qui nous concernent.

III. comment en sortir ?

Je vous avoue que je ne suis pas très optimiste pour les années qui viennent, en raison des obstacles que je viens de décrire, en raison de la difficulté d'une compréhension réelle de la situation et en raison aussi de certains intérêts qui sont en jeu.

Je crois qu'il faut nous inspirer de la petite histoire suivante que je me permets de vous raconter. LIAUTEY se promenait un jour dans le

Maghreb ; il rencontre un agriculteur très affairé à planter un arbre ; comme il mettait vraiment beaucoup de zèle à planter cet arbre, LIAUTEY lui dit : " Pourquoi es-tu donc tellement pressé de planter cet arbre ? Tu pourrais maintenant t'arrêter de travailler et continuer demain. Cet arbre ne portera tout de même des fruits que dans trente ans ; rien ne sert dès lors de se presser ainsi ; cela ne vient pas à une heure près ! " — " Mais, voyez-vous ", lui répondit le brave homme, " c'est justement parce qu'il faudra attendre trente ans pour avoir des fruits qu'il est urgent de le planter ! "

Moi de même je ne crois plus maintenant qu'aux solutions peut-être modestes, mais qui se révéleront importantes à long terme.

Ce qui me paraît tout d'abord important, c'est de

— voir les faits, de bien se mettre en leur présence et de **se rendre compte des nécessités d'une organisation rationnelle des soins** dans notre pays : ce qui est nécessaire comme nombre de spécialistes et comme nombre d'omnipraticiens, et dès lors nécessité d'une certaine politique à suivre dans la formation et la préparation du corps médical.

— A côté de cela il est également important d'**étudier sérieusement les possibilités financières et les données sociales du problème.** Ici nous voyons luire une lueur d'espoir avec la mise sur pied d'une commission nationale d'étude des problèmes de santé. Une bonne douzaine d'hommes y sont rassemblés, qui réuniront certainement des données intéressantes, mais sans doute trop générales. Je pense que cela ne suffira pas, mais qu'il faudra aller beaucoup plus loin dans la précision.

— Je crois personnellement que c'est **au sein des Universités** que **doit s'instaurer un travail d'équipe,** avec le niveau scientifique et le désintéressement requis, avec la précision nécessaire. Ce travail d'équipe devra se faire par des médecins qui savent réellement ce que c'est que de faire fonctionner une institution de soins.

Dans toutes les matières de santé je me méfie autant des non-médecins que des médecins mal informés ; les uns et les autres sont dangereux ; il n'y a de solution que dans un travail technique de haute qualité.

Il est urgent qu'au sein des Universités il y ait un dialogue réellement sérieux, qu'il y ait des études poussées avec beaucoup de soin entre des personnes compétentes en matière d'organisation des institutions, de fonctionnement des cliniques. Ces personnes réfléchiront à ces problèmes avec des médecins re-

présentant les diverses spécialisations, avec des gens compétents en matière d'organisation et avec des gens compétents pour évaluer le coût de ces types d'organisations. Il faut qu'au sein des Universités l'on se penche aussi sur l'avenir de la médecine omnipraticienne, sur la formation nécessaire des omnipraticiens, sur les relations entre les omnipraticiens et les spécialistes.

Je crois qu'il y a là une mission de recherche et d'étude qui n'a pas encore été menée, plus particulièrement dans les facultés médicales d'expression française. On a commencé cependant, des bonnes volontés se manifestent mais à mon avis on n'y met pas encore la vigueur voulue. Il ne faut pas s'imaginer en effet qu'une solution sera trouvée en chargeant deux ou trois sociologues, aussi éminents soient-ils, de faire des enquêtes sur la situation. Ce n'est que par un dialogue poussé entre d'authentiques chefs de clinique ou responsables de service et des compétences en matière de statistiques, de comptabilité et d'organisation, que l'on fera évoluer les choses.

Tant qu'il existera un cloisonnement, tant que du côté des non-médecins on croira à une solution magique, j'affirme qu'on se trompera, qu'on ne fera pas un travail fructueux.

Si on n'y voit pas clair, la profession médicale restera en crise encore longtemps.

Dans l'entretemps, que peut-on faire ? Que puis-je moi, personnellement, faire au cours des semaines qui viennent ? Demain soir je serai encore dans une négociation en vue d'établir la valeur des lettres-clés ; lundi prochain, je serai encore à discuter d'autres histoires !

— Je dois vous dire que ma ligne de conduite actuelle est la suivante : je sens qu'il y a des évolutions nécessaires ; je sens par exemple que le financement des soins spécialisés et celui des soins dans les institutions est actuellement parfaitement irrationnel ; je sens aussi que l'on va vers une crise de la médecine omnipraticienne. Alors je donne à tous mes collaborateurs dans tous les endroits où l'on négocie la consigne d'adopter au fur et à mesure **les solutions les moins mauvaises possible, mais qui ne bloquent pas les évolutions** et, dans la mesure où nous les pressentons déjà, les directions dans lesquelles on peut aller. Faisons en sorte que les accords qu'on prend ne nuisent pas à une évolution de la situation actuelle vers une situation plus rationnelle.

Vous me direz peut-être que c'est un premier principe extrêmement empirique qui m'inspire, mais je n'en vois pas d'autre pour le moment.

— Un second principe, en ce qui me concerne, c'est celui d'**une très grande fermeté à l'égard des simplificateurs et des sots.** Ce n'est pas parce que certains médecins crient fort ou créent une certaine agitation qu'ils m'impressionnent actuellement. Cela a pu m'impressionner il y a quelques années, mais c'en est fini maintenant. Et j'aimerais que les négociateurs ne se laissent plus impressionner aussi.

De ma part donc une très grande fermeté à l'égard de ceux qui simplifient outrageusement le problème et notamment des démagogues qui exigent la gratuité intégrale pour tout le monde demain. A l'égard de ceux-ci aussi nous disons : " Non ! ", et cela nous a valu une crise ministérielle en janvier 1965. Ce ne fut certes pas la cause fondamentale de la chute du gouvernement, mais l'occasion ; ce fut notre fermeté, à nous, des mutualités chrétiennes, qui avons fait preuve de fermeté à l'égard des revendications démagogiques des mutualités socialistes, qui provoqua la chute du gouvernement ; et nous en avons accepté la responsabilité ! J'applique de même une identique fermeté vis-à-vis des simplificateurs médicaux.

Je me permets d'insister encore sur la nécessité de tenter de trouver des solutions par la voie d'accords et de conventions, par la voie du dialogue laborieux, douloureux et long, entre les représentants du corps médical et ceux des organisations sociales.

conclusion

Lorsque je réfléchis au sens de mon travail, lorsque je réfléchis à ce qui pourrait être fait du côté de l'Université ou ailleurs, je me dis que nous avons **une sorte de défi à relever.**

Nous avons quelque chose d'assez difficile à réaliser, parce que tout ce qui concerne les questions de santé touche très fort à **la liberté des personnes et des professions,** à la santé et à l'intégrité des personnes. Quelque chose d'important est en jeu, quelque chose d'important du point de vue de la civilisation. Votre métier à vous et le mien à moi, c'est d'essayer de faire progresser le développement physique et mental des personnes, d'aider efficacement ceux qui souffrent et d'arriver à **le faire avec des techniques que l'on domine au lieu d'être dominées par elles,** en d'autres mots d'**avoir la maturité** de se doter des organisations voulues pour dominer ces techniques. Le défi qui nous est lancé est en fait celui de réussir la socialisation et elle sera réussie dans la mesure où elle sera un progrès humain authentique. Si je pouvais, ne fût-ce que chez quelques-uns d'entre vous, avoir suscité un peu d'intérêt pour cette question passionnante, je m'en trouverais déjà très largement récompensé.

Jean HALLET.

nouvelles de saint-luc

I. rassemblement national de Saint-Luc

Le 13 octobre 1968 se tinedra à Gand le Rassemblement annue de la Société Médicale Belge de Saint-Luc. Au programme :

9 H. 45 : Accueil des participants au Middenstandshuis, Res taurant Van Eyck, Lange Kruisstraat 4 (non loin de la cathédrale Saint-Bavon).

10 H. : Réunions séparées de l'Association et du Verbond.
Pour les dames visite guidée du Musée de la Bijloke

11 H. : Réunion du Conseil National.

12 H. : Causerie du Chanoine J. DE BEUL, aumônier de la Guilde de Saint-Luc Gand, sur : « Signification et bu de Saint-Luc ».

12 H. 45 : Messe concélébrée, rehaussée par la présence d Monseigneur Van Peteghem, évêque du diocèse d Gand, en la crypte de la Cathédrale Saint-Bavon.

13 H. 45 : Banquet au Restaurant Van Eyck. Frais de participation 350 frs (boissons et service compris).

II. neuvième congrès du C.C.M. Français

Les samedi et dimanche 12 et 13 octobre 1968, se tiendra à Lill le neuvième Congrès National du Centre Catholique des Médecin Français. Les réunions se tiendront à la Faculté de Droit, 1 bis, ru Georges-Lefèbvre.

Thème de la rencontre : « L'Homme à l'Hôpital ». L'introductio et les rapports seront sur les sujets suivants : — « L'humanisatio de l'hôpital : mythes et réalités » — « Le médecin hospitalier — « Le médecin praticien et l'hôpital » — « Les responsabilités d médecin chrétien dans la communauté hospitalière » — « Pour un hospitalisation plus humaine ».

Début le samedi à 9 H. 30, le dimanche à 9 H. Se renseigne auprès du docteur Guy LEMAITRE, 153 bis, rue de la Bassée Lille.

I. Saint-Luc Bruxelles

La première réunion de la nouvelle année sociale se tiendra au local habituel, avenue de l'Yser, le jeudi 13 octobre. Causerie par le docteur J.J. HAXHE, attaché au laboratoire de chirurgie expérimentale de Louvain, sur le sujet très actuel : L'INFORMETIQUE.

Communiqués

ix-huitième congrès de l'A.C. hygiène mentale

L'Association Catholique d'Hygiène Mentale tiendra son dix-huitième congrès à Namur, le 20 octobre, sur le thème : « Le Problème de la Solitude ». Les séances auront lieu de 9 H. 30 à 16 H. 30, dans l'Auditoire des Facultés Notre-Dame de la Paix.

Rapports sur les sujets suivants : — La solitude, problème de tous les âges et de tous les états de vie — Solitude des femmes seules — Problème de la solitude du malade et de l'handicapé — Solitude d'aujourd'hui et foi chrétienne.

Se renseigner à l'A.C.H.M., 12, rue Forestière, Bruxelles 5. Téléphone : 49.62.06.

symposium international sur les toxicomanies

La Fédération Nationale des Bureaux de consultation et des Institutions de Traitement pour Alcooliques et autres Toxicomanes (F.N.B.A.T.) et le Comité National pour l'Etude et la Prévention de l'Alcoolisme (C.N.A.), organisent un **Symposium International sur les Toxicomanies,** à l'occasion du premier lustre de la F.N.B.A.T. et de 20 ans d'activités, après la 2ème guerre mondiale, du C.N.A.

Ce symposium aura lieu à Bruxelles, au Palais des Congrès, les **28 février et 1er mars 1969.**

Des exposés et des discussions de groupe seront consacrés aux différents aspects de la dépendance de l'alcool et d'autres drogues. Le droit d'inscription est fixé à 600 francs. Il donne droit à la participation à toutes les séances, au programme et, après le Symposium, à l'envoi du recueil des textes des conférences. Le droit d'inscription est ramené à 500 francs pour tous ceux qui feront parvenir le montant de l'inscription au secrétariat avant le 1er novembre 1968. (C.C.P. n° 1736.04, au nom de la Fédération Nationale des Bureaux de consultation et des Institutions de traitement pour Alcooliques et autres Toxicomanes, à Bruxelles).

Une inscription peut également être prise pour 400 francs (300 francs avant le 1er novembre 1968), qui ne donne pas droit au recueil des textes des conférences. Celui-ci pourra donc être obtenu séparément au prix de 200 francs.

Les étudiants ne payeront que 100 francs par jour, sur présentation de leur carte d'étudiant ou d'un certificat. Pour ce prix, ils n'auront cependant pas droit au recueil des textes.

Pour tous renseignements complémentaires on peut s'adresser, dès à présent, au Secrétariat du Symposium : 94, Chaussée de Vleurgat, Bruxelles 5. Tél. : (02)47.76.19.